TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du

Docteur Paul WITAS





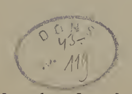


TITRES & TRAVAUX SCIENTIFIQUES

du

Docteur Paul WITAS





TITRES UNIVERSITAIRES

Adjuvat d'Anatomie.	1911-1912.
Docteur en Médecine.	1918.
Chef de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie.	Concours 1919.
Lauréat de la Faculté de Médecine d'Alger .	1908, 1909 et 1911.

ENSEIGNEMENT

Chargé de Conférences de Propédeutique (Clinique Chirurgicale Infantile)	1919.

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux N° 3 . . . . 1908.
Interne des Hôpitaux N° 2 . . . . 1911.
Interne de 1re classe N° 1 . . . . 1912.
Lauréat des Hôpitaux . . . . 1912.

TITRES MILITAIRES

Incorporé au 2e Zouaves, Oran . . .	9 Octobre 1912.
Démobilisé le	18 Juillet 1919.
Durée de la Mobilisation	du 9 Octobre 1912 au 18 Juillet 1919. 6 ans et 10 mois.
Médecin auxiliaire (Sud-Oranais) . .	1913-1914.
Campagne contre l'Allemagne (France)	Août 1914.
2e Régiment de Tirailleurs Algériens.	Août 1914 — Juillet 1915.
36e Cie d'Aérostiers	Juillet 1915 — Avril 1916.
Médecin aide-major de 2e classe, Verdun.	22 Avril 1916.
Ambulance 9/16, H. O. E. 13 . . .	1916 — Février 1917.
Désigné pour le Maroc	15 Février 1917.
Agadir, Médecin-Chef de l'Infirmerie indigène.	1917.
Grand Atlas, en colonne	1917-1918.
Médecin aide-major de 1re classe. . .	22 Avril 1918.
Médecin-Chef Infirmerie-Ambulance de Ben Guérir (Marrakech). . .	Mai 1918 — Février 1919
Service médical, place d'Alger . . .	Avril 1919.

CITATION

Croix de guerre . . . . . . 45[e] Division, 1914.
Croix de guerre . . . . 2[e] Rég[t] de Tirailleurs Algériens.

N° 377. 12 Décembre 1916.

« A pris part, avec le Régiment, à tous les combats du début de la campagne, au cours desquels il s'est signalé par son courage et son dévouement, s'est porté fréquemment en première ligne pour donner ses soins aux blessés et assurer leur évacuation ».

Médaille Coloniale . . . . Agrafe Maroc, 1918.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1912

1. *Sur les Rapports de l'Ovulation et de la Menstruation.*
   (Bulletin Médical de l'Algérie).

2. *Sur l'existence dans le ligament triangulaire du poumon droit d'une cavité close, reliquat embryonnaire.*
   1 schema, 4 figures. (Travail labor. d'anatomie d'Alger).

3. *Quelques cas de Chirurgie hépatique. Avantages de l'exploration opératoire. Résultats thérapeutiques.*
   (Mémoire pour la 1re classs de l'Internat des Hôpitaux.)

1918

4. *Contribution à l'étude des glandes surrénales dans la grossesse. Leur rôle dans la pathogénie de certains accidents gravidiques.*
   (Thèse Doctorat en médecine, Alger.)

1920

5. *Sur une 7e côte cervicale bilatérale, complète à droite, ébauchée à gauche.*
   2 radiographies. (Revue d'orthopédie).

6. *A propos de la pathogénie des décalcifications squelettiques.*
   10 radiographies. En collaboration avec M. Tillier. (Lyon-Chirurgical).

7. *Procédé simple de coaptation des os après résection du genou.*
   1 schema. (Socté de Chirurgie de Paris, rapporteur M. Mauclaire).

8. *Un cas d'oxycephalie.*
   2 radiographies, 2 photographies. (En collaboration avec M. le Dr Lombard. (Société Anatomique de Paris).

9. *A propos des greffes osseuses. Avantages et indications de la greffe autoplastique à lambeau pédiculé.*
1 schema, 1 photographie. En collaboration avec M. Tillier.
(Société de Chirurgie de Paris, rapporteur : M. Mauclaire.)

10. *Les fractures de l'avant-bras chez l'enfant.*
(En préparation.)

11. *Tumeur du testicule chez un enfant.*
(Observation Société Anatomique de Paris.)

12. *Tumeur du maxillaire supérieur.*
(Observation Société Anatomique de Paris.)

Collaboration à des Thèses

CROSSE. *Invagination intestinale chronique chez l'enfant.*
(Thèse Alger 1919.)

CECCALDI. *Sur les veines méningées moyennes.*
(Thèse Alger 1919.)

RÉSUMÉ

ANATOMIE

Sur l'existence dans le ligament triangulaire du poumon droit d'une cavité close, reliquat embryonnaire.

(Travail du laboratoire d'anatomie d'Alger (2).

Depuis les recherches de Ravu, Swœnet et Broman, on sait que l'arrière cavité des épiploons apparaît très tôt dans le développement (embryon de 3 à 5 $^{m}/^{m}$). Elle est alors représentée par un diverticule de péritoine, le « *Recessus mesenterico entericus* ». Cette poche s'étend vers le haut jusqu'à l'ébauche pulmonaire droite, ultérieurement jusqu'à la bifurcation des bronches souches. Chez les embryons de 11 $^{m}/^{m}$, la partie supérieure de ce recessus se sépare du reste de l'arrière cavité des épiploons par suite du développement du diaphragme ; une cavité close est ainsi isolée à la face droite de l'œsophage, au-dessus du diaphragme, c'est la *bourse infracardiaque*. Existe-t-elle chez l'homme ? C'est une troisième cavité pleurale qui, chez certains animaux, est en rapport avec le lobe infracardiaque du poumon droit. D'après nos recherches, poursuivies notamment chez le fœtus et l'enfant, nous avons trouvé dans le ligament triangulaire droit la petite cavité close signalée chez l'embryon par Broman sous le nom de « *Bursa infracardiaca* » et nous avons insisté sur son rôle possible et probable dans la pathogénie de tumeurs néoplasiques ou d'accidents encore mal définis. (1 schema, 4 figures).

Anatomie des veines méningées moyennes.

(En thèse Ceccaldi. Alger 19.)

Le sinus sphéno-pariétal de Breschet est une veine, constituée quelquefois dans son trajet pariétal par la branche antérieure de la veine méningée moyenne. Ces veines « capitonnent » les artères, d'où la fréquence et l'importance de leur rupture dans les traumatismes du crâne et particulièrement dans les épauchements extra dure-mériens.

PHYSIOLOGIE

Sur les rapports de l'ovulation et de la mentruation (1).

1° Constatations faites au cours de laparotomies sur des femmes en pleine activité sexuelle normale : l'ovulation et la menstruation ne coïncident pas chez la femme ; 2° l'ovulation, marquée par la naissance d'un corps jaune, apparaît plusieurs jours avant la menstruation ; 3° la menstruatian ne serait qu'un « avortement ovulaire ».

PHYSIO-PATHOLOGIE

Contribution à l'étude des glandes surrénales dans la grossesse. Leur rôle dans la Pathogénie de certains accidents gravidiques.

(Thèse d'Alger 1918 (4).

Les surrénales interviennent dès le début de la grossesse pour rétablir l'équilibre circulatoire et lutter contre les intoxications existantes dans tout état gravidique. Ces intoxications proviennent de l'œuf qui, au niveau du placenta, déverse des toxi-albumines étrangères dans le sang maternel. A cette réaction de défense correspond un léger état d'hyper-fonctionnement des surrénales quelquefois constaté durant toute la gestation, principalement pendant les derniers mois : hyperépinéphrie gravidique normale. A une décharge de toxines plus nombreuses ou virulentes, correspond une hyperactivité compensatrice avec hypercholesterinemie (fonction antitoxique) et hyperadrinalinémie (fonction angiotonique), se traduisant par le syndrome d'hyperépinéphrie. Cette hyperépinéphrie, s'établissant lentement, peut évoluer sans accident, être compensée et disparaître après l'accouchement. Mais elle peut, brusquement, par un à-coup subit, sous l'influence d'un choc nerveux, d'une fatigue, etc., répandre dans l'organisme un excès d'adrénaline, élever la tension artérielle qui provoquera des œdèmes des viscères, notamment du poumon, des hémorragies cérébrales avec paralysie, des décollements du placenta avec leurs graves répercussions sur l'hématose fœtale.

Au contraire, sous l'influence des toxines, le tissu surrénal peut être altéré, les glandes sont alors impuissantes à maintenir

leur rôle de régulatrices sanguines, d'où syndrome d'hypofonctionnement : hypoépinéphrie dont les vomissements incoercibles et les asthénies graves sont parmi les manifestations cliniques. Pour le moment, il convient de manier avec prudence l'opothérapie. Il faut surveiller toute femme gravide et conseiller une hygiène convenable de la grossesse. D'après nos expériences, nous pensons enfin que la morphine serait une substance antagoniste de l'adrénaline, la première agissant par vaso dilatation contre la vaso constriction adrénalinique. Ceci expliquerait les bons résultats obtenus dans le traitement de l'éclampsie, par les doses massives de morphine.

CHIRURGIE

Quelques cas de chirurgie hépatique (3)

Avantages de la laparotomie exploratrice, tant pour le diagnostic que comme premier temps d'une intervention opératoire nécessaire. Bons résultats thérapeutiques.

Observations sur une 7e côte cervicale (5)

Chez une jeune fille, sans phénomène de compression. Elle était complète à droite et se soudait à la première côte dorsale, ébauchée seulement à gauche. (2 radiographies.)

A propos de la Pathogénie des décalcifications squelettiques (6)

(En collaboration avec M. Tillier.)

Les décalcifications squelettiques peuvent se diviser en deux groupes : les décalcifications totales et les décalcifications partielles. Nous avons borné notre étude à la seconde catégorie dans laquelle nous avons distingué deux classes :

1° Les phénomènes de décalcification directs qui siègent au niveau de la lésion squelettique, sont inhérents à la lésion, véritable « décalcification-symptôme » ; 2° les phénomènes de décalcification indirects qui se produisent à distance de la lésion causale

(troubles ortéotrophiques infectueux ou post-traumatiques ou accompagnant une affection musculaire, articulaire ou nerveuse, non traumatique et non localement infectueuse).

Les conclusions de notre étude peuvent se résumer ainsi :

1° La déminéralisation osseuse ne saurait être produite, du moins à un degré marqué, ni par le simple fait de l'immobilisation, ni par celui, récemment invoqué, de la suppression de la pression axiale de l'os.

2° Les phénomènes de décalcification relèvent d'origines diverses :

a) Les uns, post infectueux, représentent une réaction de défense de la moëlle osseuse, laquelle s'hypertrophie dans le sens tissu mou aux dépens des éléments minéraux du squelette.

b) D'autres représentent des troubles trophiques qui sont sous la dépendance directe d'une lésion du système nerveux central (tabes, sclérose en plaque, polyomyélite).

c) D'autres enfin représentent la conséquence d'un phénomène vasculaire de vaso-constriction et sont sous la dépendance du système sympathique. Parmi eux, les uns répondent à une excitation locale, directe des filets sympathiques et se traduisent par une décalcification limitée au squelette sous-jacent au point lésé ; ce sont pour la plupart des phénomènes post traumatiques qui ne sont pas forcément en rapport avec des troubles fonctionnels. Les autres sont d'ordre réflexe, le sympathique constituant la voie centrifuge. Ils peuvent s'accompagner de phénomènes d'ordre musculaires de même origine et constituer alors le syndrome décrit par *Babinski* et *Froment* sous le nom de troubles réflexes. Parmi ceux-ci, certains ont un individualisme particulier qui se caractérise par l'association étroite de la décalcification et de la douleur : ce sont des troubles réflexes chez lesquels l'excitation sympathique se traduit par une névrite douloureuse.

Ainsi, ce dernier groupe de décalcifications osseuses localisées peut, par son étiologie vasculaire, se rattacher aux dystropies osseuses généralisées qui sont probablement elles-mêmes fonction d'un déséquilibre circulatoire par perturbations dans le système

régulateur sympathique, perturbations dues, sans doute, à des lésions de certaines glandes vasculaires sanguines. (10 radiographies).

Procédé simple de coaptation des os, après résection du genou (7)

Ce procédé consiste essentiellement dans le fait de l'emploi de la rotule comme attelle de maintien ; on le réalise par l'enclouage transtégumentaire des deux pôles de la rotule sur l'extrémité inférieure du femur d'une part, sur l'extrémité supérieure du tibia d'autre part, après résection. Exposé de la technique opératoire de M. le Professeur Curtillet. Ce procédé réalise parfaitement le maintien parfait de la coaptation des surfaces osseuses et assure l'immobilisation en bonne position des deux segments osseux pendant l'application de l'appareil plâtré ; il n'exclut pas l'emploi de l'immobilisation du membre inférieur en situation verticale, préconisée par M. *Nové-Josserand*. (1 schema).

Un cas d'Oxycephalie

(Avec M. le Dr Lombard) (8).

Observation d'un enfant de 9 mois avec exophtalmie double considérable, effondrement des fosses orbitaires et nasales, tête en poire et disjonction suturaire. Aucune autre malformation. Il s'agit d'une osteo-dystrophie. Les radiographies montrent des géodes, espaces clairs limités par des travées osseuses complétement ossifiées. (2 radiographies, 2 photographies).

A propos des greffes osseuses. — Avantages et indications de la greffe autoplastique à lambeau pédiculé (9).

(Avec M. Tillier.)

Ce procédé de greffe à lambeau pédiculé a été imaginé et réalisé par M. le Professeur *Curtillet*. Après avoir examiné les conditions générales d'évolution de toute greffe osseuse, nous montrons que le greffon pédiculé n'est pas transplanté mais sim-

plement déplacé avec ses matérianx nutritifs, il est donc vivant, il est le centre, et non plus l'étui de la néoformation osseuse, qui a toute liberté pour s'organiser suivant les nécessités du milieu et de s'adapter à la fonction, enfin il ne s'élimine pas. Seule cette méthode fournit un transplant vivant et ses avantages sont évidents. Nous avons décrit les deux techniques employées par M. *Curtillet*, la première en 1904, la seconde différente, plus aisée, peut s'appliquer à n'importe quelle partie du squelette, le transplant étant prélevé sur l'os lésé lui-même. Nous avons rapporté trois observations avec schema et radiographies dont une, chez un blessé de guerre, remonte à 4 ans, avec résultats anatomique et fonctionnel parfaits.
